

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Sdr. D DENGAN GANGGUAN
PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI DI RUANG MAESPATI
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA**

NASKAH PUBLIKASI ILMIAH



**Disusun oleh :
CAHYO FIRMAN TRISNO . S
J 200 090 063**

**KARYA TULIS ILMIAH
Diajukan Guna Melengkapi Tugas- tugas dan Memenuhi
Syarat- syarat Untuk Menyelesaikan Program
Pendidikan Diploma III Keperawatan**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
2012**

ABSTRAK

Latar Belakang : Kesehatan jiwa masyarakat telah menjadi bagian masalah kesehatan yang dihadapi semua negara. Salah satu pemicu terjadinya berbagai masalah dalam kesehatan jiwa adalah dampak modernisasi dimana tidak semua orang siap untuk menghadapi cepatnya perubahan dan kemajuan teknologi baru.

Tujuan : memperoleh gambaran dan pengalaman langsung serta mampu memahami dan memberikan asuhan keperawatan pada Sdr. D dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi meliputi pengkajian, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

Hasil : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, penatalaksanaan dari TUK 1 sampai TUK 5, didapatkan hasil klien sudah tidak mendengar suara-suara atau bisikan, aktivitas sehari-hari meningkat, pengetahuan klien tentang gangguan kejiwaan yang dialami juga meningkat. Diharapkan klien dapat memahami dan mengulang kembali dari apa yang telah dipelajari.

Kesimpulan : Kerjasama antara tim kesehatan pada klien sangat diperlukan untuk keberhasilan asuhan keperawatan pada klien, komunikasi terapeutik dapat mendorong klien untuk lebih kooperatif, klien lebih memilih melakukan kegiatan yang positif untuk mengatasi halusinasi yang dialaminya.

Kata kunci : halusinasi, komunikasi, gangguan jiwa, modernisasi

HALAMAN PENGESAHAN


Dipertahankan di depan Dosen Penguji Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta dan diterima untuk melengkapi tugas-tugas dan memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan

Hari : Kamis

Tanggal : 26 Juli 2012

Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah

Penguji I : Sahuri Teguh K., S.Kep., Ns ()

Penguji II : Wachidah Yuniartika., S.Kep., Ns ()

Disahkan Oleh



Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Surakarta

(Ani Widodo., A.Kep., M.Kes)

NIK. 630

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Di era globalisasi ini seringkali kita jumpai masalah-masalah yang harus kita hadapi, masalah tersebut bisa berasal dari faktor-faktor internal dan eksternal. Tidak semua individu memiliki koping yang efektif, setiap individu biasanya mempunyai cara sendiri untuk menyelesaikan masalahnya, tapi jika ada sebagian manusia yang tidak dapat menyelesaikan masalahnya sendiri akan dapat mengakibatkan gangguan jiwa salah satunya adalah halusinasi.

Berdasarkan hasil laporan rekam medik RSJD Surakarta pada bulan Januari sampai dengan bulan Maret 2012 tercatat bahwa jumlah pasien rawat inap 698 orang yakni gangguan halusinasi 324 orang, perilaku kekerasan 147 orang, isolasi diri 112 orang, harga diri rendah 90 orang, devisit perawatan diri 25 orang. Jenis halusinasi yang umum terjadi adalah halusinasi pendengaran dan penglihatan. Gangguan halusinasi ini umumnya mengarah pada perilaku yang membahayakan orang lain, klien sendiri dan lingkungan.

Berdasarkan hal-hal di atas, penulis tertarik untuk mengetahui lebih lanjut tentang gangguan persepsi sensori : halusinasi dalam sebuah karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Sdr. D dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi di Ruang Maespati Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta”.

B. Tujuan penelitian

1. Tujuan Umum

Setelah melakukan dan menerapkan asuhan keperawatan pada Sdr. D di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta, penulis mampu memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi dengan maksimal.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi.
- b. Mampu menganalisa klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi.
- c. Mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi

- d. Mampu melakukan intervensi keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi.
- e. Mampu melakukan implementasi keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi.
- f. Mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi.

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian

Halusinasi merupakan gangguan atau perubahan persepsi dimana klien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu penerapan dan penghayatan yang dialami melalui panca indra tanpa ada rangsang dari luar maupun stimulus (Maramis, 2005).

Halusinasi adalah gangguan persepsi panca indera tanpa adanya rangsangan dari luar yang meliputi semua sistem penginderaan dimana terjadinya pada saat kesadaran individu itu baik (Stuart, 2007).

B. Etiologi

Menurut Stuart(2007), penyebab terjadinya halusinasi disebabkan oleh beberapa faktor :

1. Faktor Predisposisi :
 - a. Biologis
 - b. Psikologis
 - c. Sosikultural
 - d. Faktor perkembangan
2. Stressor presipitasi
3. Penilaian thd stressor (respon)
4. Sumber Koping
5. Mekanisme Koping

C. Patofisiologi

Halusinasi terjadi apabila yang bersangkutan mempunyai kesan tertentu tentang sesuatu namun dalam kenyataan tidak terjadi sesuatuapapun dan bentuk kesalahan penglihatan tanpa objektivitas pengindraan yang tidak disertai stimulus fisik yang adekuat sehingga memunculkan respon seperti berbicara sendiri, isi suara memerintah sesuatu pada klien, ataupun klien merasa melihat sosok yang dianggapnya teman namun sebenarnya tidak ada

D. Pengkajian

Pengkajian merupakan awal dan dasar utama dari proses keperawatan tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Cara pengkajian lain berfokus pada fisik, emosional, intelektual, sosial dan spiritual. Isi pengkajian meliputi : Identitas klien, keluhan utama/alasan masuk, faktor predisposisi, dimensi fisik / biologis, dimensi psikososial, status mental, kebutuhan persiapan pulang, mekanisme koping, masalah psikososial dan lingkungan.

Dari data yang dikumpulkan, perawat langsung merumuskan masalah keperawatan pada setiap kelompok data yang terkumpul. Pada dasarnya masalah klien saling berhubungan dan dapat digambarkan sebagai pohon masalah. Pohon masalah ini diharapkan dapat memudahkan perawat dalam menyusun diagnosa keperawatan.

E. Pohon masalah

Menurut Dalami(2009), dalam pengumpulan data diperlukan perumusan masalah keperawatan yang pada dasarnya saling berhubungan dan digambarkan pada pohon masalah.



F. Diagnosa keperawatan

1. Risiko tinggi perilaku kekerasan berhubungan dengan perubahan persepsi sensori : halusinasi
2. Perubahan persepsi sensori : halusinasi berhubungan dengan menarik diri.

G. Rencana tindakan keperawatan

1. Diagnosa keperawatan I : Risiko perilaku kekerasan berhubungan dengan perubahan persepsi sensori : halusinasi

Tujuan Umum : Klien tidak menunjukkan perilaku kekerasan mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan

- Tujuan Khusus :
- Klien dapat membina hubungan saling percaya
 - Klien dapat mengenal halusinasinya
 - Klien dapat mengontrol halusinasinya
 - Klien dapat dukungan dari keluarga
 - Klien dapat menggunakan obat dengan benar

2. Diagnosa keperawatan II : Perubahan persepsi sensori : halusinasi berhubungan dengan menarik diri.

Tujuan Umum : Klien dapat berinteraksi dengan orang lain sehingga tidak terjadi halusinasi

- Tujuan Khusus :
- Klien dapat membina hubungan saling percaya
 - Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri
 - Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain
 - Mengkaji pengetahuan klien tentang kerugian bila tidak berhubungan dengan orang lain
 - Klien dapat melaksanakan hubungan sosial
 - Klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain

METODE PENELITIAN :

Penelitian Studi Kasus

Hasil Penelitian

A. Pengkajian

Hasil penelitian mengenai asuhan keperawatan pada klien Sdr. D dengan gangguan sensori persepsi persepsi : halusinasi di ruang Maespati Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dimulai dari tanggal 8 Mei 2012 sampai dengan 10 Mei 2012, dengan membandingkan kesamaan dan kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus.

Dalam pengkajian ditemukan sebuah kasus halusinasi pendengaran yang terjadi pada Sdr. D yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta di ruang Maespati pada tanggal 8 Mei 2012. Pengumpulan data tersebut diperoleh dari klien dan perawat yang menanganinya.

Hasil data yang didapat dalam pengkajian pada faktor predisposisi didapat klien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa dan klien merupakan pasien rujukan dari Rumah Sakit Jiwa Magetan dengan keluhan sering marah- marah, mengamuk, membanting gelas karena dirinya merasa ada cahaya merah yang sering datang masuk ke dalam kepala klien dan membuat kepalanya terasa kesakitan, terkadang cahaya merah tersebut selalu datang seperti membisikan ancaman akan membunuh klien dan pada akhirnya dirujuk ke Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dengan keluhan bahwa klien masih merasa didatangi cahaya merah dan masih mendengar bisikan- bisikan.

B. Diagnosa Keperawatan

Dalam teori ada 1 diagnosa utama yang ditegakkan, yakni resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan perubahan persepsi sensori halusinasi pendengaran. Diagnosa ini muncul pada kasus Sdr. D dengan ditemukan tanda dan gejala yaitu klien dahulu sering marah- marah, lebih suka menyendiri, apatis, ekspresi wajah kurang, aktifitas kurang, rendah diri. Menurut Stuart (2007) tanda dan gejala perilaku kekerasan adalah suka marah- marah, kurang spontan, apatis, afek tumpul, tidak merawat dan memperhatikan kebersihan diri, komunikasi verbal menurun atau tidak ada, klien tidak mau bercakap- cakap dengan

orang lain atau perawat, mengisolasi diri, tidak sadar atau kurang sadar dengan lingkungan sekitar, aktivitas menurun, klien memutuskan percakapan.

C. Pelaksanaan Tindakan

Dari diagnosa resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan perubahan persepsi sensori halusinasi pendengaran pada interaksi tahap pertama tanggal 8 Mei 2012 rencana tindakan dari diagnosa utama ada pada teori (Azizah, 2011) untuk TUK 1 dan TUK 2 yaitu membina hubungan saling percaya dan klien dapat mengenal halusinasinya.

TUK 1 penulis melakukan hubungan saling percaya dengan klien yaitu memberikan komunikasi dengan teknik yang tepat, ramah, memperkenalkan diri dengan sopan, menanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien, menjelaskan tujuan pertemuan, memberikan komunikasi yang jujur, menepati janji pada klien, menunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya dan memberi perhatian kepada klien serta memperhatikan kebutuhan dasar klien.

Pada TUK 2 mengobservasi tingkah laku klien yang terkait dengan halusinasi, membantu klien mengenal halusinasinya, mendiskusikan dengan klien isi halusinasi, frekuensi halusinasi dan situasi yang menimbulkan halusinasi serta yang dirasakan klien saat halusinasi muncul. Perencanaan pada TUK 1 dan TUK 2 tercapai karena klien percaya pada perawat dan klien sangat kooperatif. Maka dengan tercapainya perencanaan pada TUK 1 dan TUK 2 dapat dilanjutkan tahap perencanaan selanjutnya yaitu TUK 3.

Pada interaksi kedua perencanaan TUK 3 dan 4 yaitu klien dapat mengontrol halusinasinya dan mendapat dukungan keluarga dalam mengontrol halusinasinya yaitu dengan mengidentifikasi dengan klien cara yang dilakukan klien saat terjadi halusinasi, mendiskusikan bersama tentang manfaat dari cara yang digunakan klien, jika bermanfaat berikan pujian, diskusikan cara baru untuk memutus/ mengontrol timbulnya halusinasi dan anjurkan klien mengikuti aktivitas kelompok, orientasi realita, stimulasi persepsi dan membenarkan pernyataan klien tentang cara yang dilakukan saat halusinasi muncul yaitu dengan cara klien menghardik, menyibukkan diri dengan mengajak ngobrol perawat/ teman/ keluarga dan mengikuti kegiatan di ruangan.

Perencanaan TUK 3 tercapai karena klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi, klien rutin mengikuti aktivitas kegiatan kelompok dan klien mampu mengikuti kegiatan

ruangan terutama menyapu dan merapikan tempat tidur. Untuk TUK 4, tidak dilakukan karena keluarga klien tidak pernah datang menjenguk klien, kemudian diputuskan untuk melanjutkan TUK berikutnya.

Interaksi ketiga penulis melakukan perencanaan TUK 5 yaitu klien dapat memanfaatkan obat dengan baik, sesuai pengobatan. Pada interaksi ini penulis mendiskusikan dengan klien tentang pentingnya minum obat secara rutin, akibat bila minum obat tidak rutin, 5 benar minum obat yaitu benar nama, benar jumlah, benar macam, benar cara, benar waktu.

Perencanaan TUK 5 tercapai karena klien dapat memahami dan dapat mengulangi kembali yang telah didiskusikan, hal ini disebabkan karena klien dirawat di Rumah Sakit Jiwa berkali-kali dan klien mendapatkan perawatan yang baik. Selama melakukan Asuhan Keperawatan kepada Sdr. D, maka dapat diperoleh hasil evaluasi dari tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah diagnosa utama.

D. Evaluasi

TUK 1, klien dapat membina hubungan saling percaya. Kriteria hasil yang dapat dicapai adalah membalas sapaan perawat, ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, klien mau duduk berdampingan dengan perawat. Dalam hal ini, pencapaian kriteria hasil sangat baik.

TUK 2, klien mampu mengidentifikasi halusinasinya. Kriteria evaluasi yang dapat dicapai klien sangat baik, hal tersebut di buktikan bahwa klien dapat menceritakan isi, waktu, frekuensi halusinasi, dan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik.

TUK 3, Klien dapat mengontrol halusinasinya. Kriteria hasil yang dapat tercapai adalah klien dapat menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya, yaitu menghardik dan klien dapat menyebutkan cara baru untuk mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan ruangan seperti menyapu, merapikan tempat tidur.

TUK 4. Tidak dilakukan atau tidak di terapkan kepada klien, karena keluarga klien tidak pernah datang menjenguk klien, sehingga tidak dapat dilakukan tindakan keperawatan karena peran serta keluarga sangat berperan dalam pelaksanaan tindakan TUK 4 tersebut.

TUK 5, Klien dapat menggunakan obat dengan benar untuk mengendalikan halusinasinya. Kriteria hasil yang dapat tercapai yaitu klien dapat menyebutkan manfaat,

dosis, dan efek samping obat, klien dapat mendemonstrasikan penggunaan obat dengan benar, klien dapat menjelaskan informasi tentang manfaat dan efek samping obat, klien memahami akibat berhentinya minum obat tanpa konsultasi, serta klien dapat menyebutkan prinsip 5 benar penggunaan obat.

Kriteria evaluasi semua tercapai karena klien dapat memahami dan dapat mengulang kembali dari apa yang telah di diskusikan bersama. Hal ini disebabkan karena klien sudah berkali- kali dirawat di Rumah Sakit Jiwa dan klien mendapatkan perawatan yang baik, maka dapat diputuskan untuk melanjutkan intervensi evaluasi pada klien.

Simpulan dan Saran

A. Simpulan

Berdasarkan uraian diatas mengenai halusinasi dan pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap klien, maka dapat diambil beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Saat memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi ditemukan adanya perilaku menarik diri sehingga perlu dilakukan pendekatan secara terus menerus, membina hubungan saling percaya yang dapat menciptakan suasana terapeutik dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang diberikan.
2. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien khususnya dengan halusinasi pendengaran, pasien sangat membutuhkan kehadiran keluarga sebagai sistem pendukung untuk dapat memahami keadaan dan permasalahan klien. Disamping itu, perawat membutuhkan kehadiran keluarga dalam memberikan data yang diperlukan dan membina kerjasama dalam memberi asuhan keperawatan pada pasien. Dalam hal ini dapat disimpulkan bahwa peran serta keluarga merupakan faktor penting dalam proses kesembuhan klien.

B. Saran

1. Bagi perawat

Hendaknya dalam melakukan tindakan keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi perlu dilakukan secara intensif dengan lebih memperhatikan keadaan klien, melakukan interaksi yang singkat tapi sering dengan komunikasi terapeutik sehingga masalah- masalah yang dialami klien dapat teratasi dengan baik, serta perlu mengutamakan kemampuan dalam membina hubungan saling percaya dengan klien.

2. Bagi klien dan keluarga

Hendaknya klien mampu berlatih dan melaksanakan interaksi sosial secara bertahap, mengikuti program terapi, serta dibutuhkan pemahaman keluarga tentang perawatan klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi di rumah secara

tepat agar klien selalu dapat berinteraksi dengan orang lain dan merasa mendapatkan perhatian dari lingkungan sekitar.

3. Bagi Instansi Rumah Sakit

Banyak klien dirumah sakit jiwa yang jarang dikunjungi keluarga, dalam hal tersebut, pihak rumah sakit harus melibatkan keluarga dalam proses perawatan klien, memperhatikan keadaan klien dan meningkatkan kualitas pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

- Azizah. (2011). *Buku Keperawatan Jiwa Aplikasi Praktik Klinik*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Dalami, Dkk. (2009). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Jiwa*. Jakarta: CV. Trans Info Medika.
- Keliat, Budi Ana. (2006). *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa. Edisi 2*. Jakara: EGC.
- Kusumawati, F. dan Hartono, Y. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika.
- Maramis, W. F. (2005). *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Edisi 9. Surabaya: Airlangga University Press.
- Nasution, S.S. (2003). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Perubahan Sensori Persepsi : Halusinasi*. Diakses tanggal 30 Mei 2012 pukul 23.30 WIB.
http://kumpulan-asuhan-keperawatan.blogspot.com/2009/01/asuhan-keperawatan-pada-pasien-dengan_09.html.
- Riyadi, Sujono. (2009). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Stuart, G.W. (2007). *Buku Saku Keperawatan Jiwa, edisi 3*. Jakarta : EGC.
- Sunaryo. (2004). *Psikologi untuk keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Yosep, Iyus. (2009). *Keperawatan Jiwa (Edisi Revisi)*. Bandung : Refika Aditama.